



Rzecznik Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Halina Olendzka

Warszawa, 2010-09-30

RU/ /AD/10
dot. MZ-PR-WL-0214-24280-2/KBR,AB/10

**Pani Minister
Ewa Kopacz
Ministerstwo Zdrowia**

W związku z przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia projektem zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa (tekst przekazany do KPRM w celu rozpatrzenia na Komitecie Rady Ministrów), który przewiduje możliwość dochodzenia roszczeń na drodze administracyjnej, Rzecznik Ubezpieczonych działając na podstawie art. 20 pkt 2) ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych pragnie zgłosić następujące uwagi do projektu.

Jednocześnie Rzecznik pragnie zaznaczyć, iż przy rozsyłaniu projektu do uzgodnień zewnętrznych Rzecznik Ubezpieczonych został pominięty.

Uwagi Rzecznik Ubezpieczonych odnoszą się w szczególności do art. 1 pkt 6 projektu. Dla ułatwienia przedstawiamy je w poniższych punktach.

1) Wątpliwości Rzecznika budzi tytuł rozdziału 13a: „Zasady i tryb ustalania błędów medycznych”, który pomija inne zagadnienia w nim regulowane, w szczególności kwestię „rekompensaty” za błąd medyczny, która ma być realizowana przez zakłady ubezpieczeń.

2) Ponadto Rzecznik pragnie zgłosić zastrzeżenia do ograniczania w projektowanym art. 67b ust. 1 pkt 2) kręgu osób, które w przypadku śmierci pacjenta mogą złożyć wniosek o

ustalenie błędu medycznego, wyłącznie do spadkobierców. Rzecznik pragnie wskazać między innymi, iż w przypadku roszczeń określonych w art. 446 § 3 i 4 kodeksu cywilnego przysługują one **najbliższym członkom rodziny**, czyli znacznie szerszemu kręgowi osób, niż przewiduje to przedmiotowy projekt.

3) Rzecznik zwraca również uwagę, że projektowany w art. 67c ust. 2 termin o ustalenie błędu medycznego jest zbyt krótki. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych termin ten powinien korespondować z terminami przedawnienia roszczeń o naprawienie szkód deliktowych z art. 442¹ k.c.

4) Odnosząc się do określonego w projektowanym art. 67e ust. 2 sposobu wyznaczania składu orzekającego wojewódzkiej komisji, wskazane wydaje się zapewnienie, aby w składzie tym znalazł się reprezentant każdej z grup określonych w art. 67d ust. 5. Zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych nie powinno być sytuacji, w której w składzie orzekającym zabraknie przedstawiciela organizacji reprezentującej interesy pacjenta, a niestety przy proponowanym brzmieniu przepisu może się tak w praktyce zdarzać.

5) W projektowanym art. 67f ust. 1 wydaje się, że dla zapewnienia bezstronności członków składu orzekającego, ale także z uwagi na zasady prawidłowej legislacji należy zdaniem Rzecznika Ubezpieczonych użyte w tym przepisie pojęcie „szpital” zastąpić zdefiniowanym w art. 3 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz.417 z późn. zm.) pojęciem „podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych”.

6) Rzecznik uważa także za niezbędne, aby w posiedzeniach wojewódzkiej komisji, o których mowa w projektowanym art. 67h ust. 2, obok przedstawiciela szpitala oraz zakładu ubezpieczeń uczestniczył przedstawiciel organizacji reprezentującej interesy pacjenta.

7) Istotne wątpliwości Rzecznika Ubezpieczonych budzi wprowadzanie sztywnego limitu wysokości odszkodowania. Takie rozwiązanie stoi w sprzeczności z normą art. 361 kodeksu cywilnego. Analogicznie nie do przyjęcia jest zawarte w projekcie rozwiązanie, zgodnie z którym przyjęcie propozycji odszkodowania ma pociągać za sobą zrzeczenie się wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez komisję za błąd medyczny. Jest to norma rażąco niekorzystna dla poszkodowanych, naruszająca zasady pełnej kompensaty szkody deliktowej, gdyż zamyka drogę do dochodzenia na drodze cywilnoprawnej nie tylko wyższych świadczeń, ale również, np. podwyższenia renty w przyszłości, czy też zadośćuczynienia w przypadku ujawnienia się nowej krzywdy tj. innego rozstroju zdrowia lub

nowego stanu chorobowego wywołanego uprzednim błędem medycznym. Rozwiązanie takie nie zostało w żaden sposób uzasadnione przez twórców projektu.

8) Zastrzeżenia budzą także same wysokości limitów/maksymalnych kwot odszkodowań. Należy bowiem zauważyć, iż obecnie z tytułu szkód wywołanych błędami medycznymi sądy zasądają zdecydowanie wyższe kwoty odszkodowań i świadczeń. Z informacji podanych przez Rzecznika wynika, że średnia wysokość świadczeń za śmierć pacjenta sięga kwot pół miliona złotych, a w projekcie przewiduje się z tego tytułu rekompensatę do 300 tys. zł.

9) Rzecznik Ubezpieczonych stoi także na stanowisku, iż fakt, że błędy medyczne najczęściej występują w trakcie leczenia w szpitalach nie stanowi wystarczającego uzasadnienia dla ograniczania stosowania przepisów ustawy wyłącznie do pacjentów poszkodowanych w wyniku leczenia w warunkach szpitalnych. Ponadto odniesienie do pojęcia „szpitala” z art. 20 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) może rodzić problemy natury interpretacyjnej z uwagi na nieprecyzyjne regulacje w tym zakresie (nie określają zakresu i warunków udzielanych tam świadczeń).

Przekazując powyższe uwagi do projektu, pozostaję